

Schizophrénie, approche spécialisée et continuité de soins. Le programme spécifique d'intervention *Premier-Épisode* de l'Hôtel-Dieu de Lévis

Schizophrenia, special approach and continuity of care – The first episode program of Hôtel-Dieu Hospital in Lévis, Québec

La esquizofrenia : enfoque especializado y continuidad de tratamiento : El programa Primer episodio del hospital l'Hôtel-Dieu de Lévis

Luc Nicole, Arthur Pires, Georges Routhier, René Bélanger, Gisèle Bussière, Sophie L'Heureux, Nathalie Gingras, Paul Rivard, Pierrette Chabot, Joane Descombes, Céline Sylvain, Amal Abdel-Baki, Nadia Duval, Annie Vignola et Josée Rhéaume

Volume 24, numéro 1, printemps 1999

Schizophrénie, délire et thérapie cognitive

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/031588ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/031588ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Nicole, L., Pires, A., Routhier, G., Bélanger, R., Bussière, G., L'Heureux, S., Gingras, N., Rivard, P., Chabot, P., Descombes, J., Sylvain, C., Abdel-Baki, A., Duval, N., Vignola, A. & Rhéaume, J. (1999). Schizophrénie, approche spécialisée et continuité de soins. Le programme spécifique d'intervention *Premier-Épisode* de l'Hôtel-Dieu de Lévis. *Santé mentale au Québec*, 24(1), 121–135. <https://doi.org/10.7202/031588ar>

Résumé de l'article

La schizophrénie est une maladie complexe à caractère évolutif. Reposant sur un cadre conceptuel d'orientation cognitive, le programme spécifique d'intervention Premier épisode de l'Hôtel-Dieu de Lévis fournit une évaluation complète et standardisée au plan individuel et familial. Puis sont rendues disponibles différentes modalités de traitement, selon une approche individuelle (psycho-éducation, psychothérapie) et de groupe (intervention psychologique au plan cognitif ou Integrated Psychological Therapy, de Brenner). L'intervention psycho-éducative familiale est également offerte aux familles. Les structures et la démarche décrites s'harmonisent avec celles qui étaient en place avant la création du programme, ce qui offre une continuité de soins. Le cadre conceptuel sous-jacent et les modalités du fonctionnement du programme sont aussi présentés.



Schizophrénie, approche spécialisée et continuité de soins

Le programme spécifique d'intervention *Premier-Épisode* de l'Hôtel-Dieu de Lévis

Luc Nicole*, Arthur Pires**, Georges Routhier***
René Bélanger****, Gisèle Bussière*****,
Sophie L'Heureux*, Nathalie Gingras*,
Paul Rivard*, Pierrette Chabot*****,
Joane Descombes**, Céline Sylvain**,
Amal Abdel-Baki***, Nadia Duval****,
Annie Vignola****, Josée Rhéaume*****

La schizophrénie est une maladie complexe à caractère évolutif. Reposant sur un cadre conceptuel d'orientation cognitive, le programme spécifique d'intervention *Premier épisode* de l'Hôtel-Dieu de Lévis fournit une évaluation complète et standardisée au plan individuel et familial. Puis sont rendues disponibles différentes modalités de traitement, selon une approche individuelle (psycho-éducation, psychothérapie) et de groupe (intervention psychologique au plan cognitif ou *Integrated Psychological Therapy*, de Brenner). L'intervention psycho-éducative familiale est également offerte aux familles. Les structures et la démarche décrites s'harmonisent avec celles qui étaient en place avant la création du programme, ce qui offre une continuité de soins. Le cadre conceptuel sous-jacent et les modalités du fonctionnement du programme sont aussi présentés.

* Md, FRCPC, psychiatre, responsable PSI-Premier Épisode.

** Md, CRCPC, chef du Département de psychiatrie.

*** MPS, psychologue.

**** B. Sc., MBA, ergothérapeute.

***** B. Sc., infirmière.

* Md, FRCPC, psychiatre.

** TSP, Travailleuse sociale.

*** Médecin résident en psychiatrie.

**** MPS, psychologue.

***** M.ps, Ph. D, psychologue.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier Mmes Solange Fortin et Éline Cantin pour leur patiente collaboration à la transcription de cet article.

La prévalence de la schizophrénie (1 % de la population en est atteinte), la sévérité de ses symptômes, l'importance de la souffrance qui y est associée, et son début à un âge relativement précoce en font l'une des maladies les plus coûteuses au plan social, économique et humain. En 1996, le département de psychiatrie de l'Hôtel-Dieu de Lévis entreprenait donc une démarche pour bonifier les soins donnés aux patients schizophrènes au début de leur maladie. De cette démarche est né le Programme Spécifique d'Intervention (PSI) *Premier épisode*, qui a débuté en mars 1997. Son cadre conceptuel sous-jacent et ses modalités de fonctionnement sont présentés ici. (schéma 1)

Il importe de souligner que le PSI-Premier épisode s'ajoute au modèle de suivi déjà disponible au département. Tout patient traité y bénéficie de soins dont la continuité est respectée. Les structures et la démarche s'harmonisent en effet avec celles qui étaient déjà en place avant la création du programme.

Schéma 1 ORGANISATION DU DÉPARTEMENT DE PSYCHIATRIE DE L'HOTEL-DIEU DE LÉVIS

RESSOURCES HOSPITALIÈRES	RESSOURCES EXTRA-HOSPITALIÈRES
● Service Interne	● Centre de jour
● 54 lits avec suivi	● 2 éducatrices
● assuré par équipe multidisciplinaire	● 1 infirmière
décrite ci-après	● 1 génagogue (spécialisé dans la réintégration
● Service Externe	au travail)
● 3 Équipes multidisciplinaires avec chacune :	
● 2 à 3 psychiatres	
● 1 travailleuse sociale	● Ressources Hébergement
● 1 ergothérapeute	● Maison sous les arbres
● 1 psychologue	● Appartement supervisé
● 1 infirmière	● Famille d'accueil

Cadre conceptuel

La conception actuelle de la schizophrénie est plus claire que celle qui prévalait il y a 20 ans. La preuve en est la convergence des critères du diagnostic à travers les différents systèmes de classification (CIM-X, DSM-IV). En général, on reconnaît maintenant que la schizophrénie est une maladie du cerveau à composante génétique, qui se traduit par des

symptômes et signes pouvant se catégoriser comme positifs et négatifs, par des déficits cognitifs et, souvent, par une faible autocritique. Cette maladie se manifeste également par des comportements et une façon d'être particulière qui, associés à la symptomatologie et à d'autres facteurs (sociaux au sens large), entraînent des difficultés de fonctionnement et d'intégration sociale chez plusieurs patients.

Le caractère évolutif de la schizophrénie (et particulièrement ses répercussions au plan social) a été documenté par les études de suivi longitudinal (Harding 1988). L'un des corollaires de ces études est qu'une intervention précoce en cours de maladie permettrait d'en éviter les répercussions ou, à tout le moins, de les limiter.

Des évidences plus directes (et plus récentes) de la nécessité d'une intervention précoce ont émergé. Wyatt (1991) met de l'avant que la psychose active est neurobiologiquement toxique, qu'elle peut ainsi accélérer les déficits neurobiologiques primaires ou y ajouter. Maurer et Hafner (1995) identifient que les symptômes positifs qui mènent à l'hospitalisation surviennent huit ans après les premiers signes de troubles mentaux et cinq ans après les symptômes négatifs (apathie, anhédonie, alogie). S'il est ambitieux de vouloir diminuer le délai entre le début de la maladie et la première consultation, on peut toutefois donner les meilleurs soins dès que le diagnostic en est possible. La littérature internationale montre que ce n'est pas le cas actuellement : un délai d'un an en moyenne s'écoule entre l'émergence du premier symptôme psychotique positif (délire, hallucinations...) et la dispensation d'un traitement efficace (Johnstone, 1986 ; Beiser et al., 1993).

Falloon (1992) résume bien cette nécessité d'un changement vers une intervention faite plus tôt : « D'une vision où on diagnostiquait le plus tard, voire où on évitait de diagnostiquer la maladie, nous évoluons vers une nécessité de diagnostiquer le plus rapidement possible afin de traiter adéquatement pour éviter que les conséquences ne soient trop importantes ».

Liée à la complexité de la maladie, à ses multiples facettes, la nécessité d'une intervention précoce appelle des structures de soins spécialisés. Le contexte économique, politique, administratif des dernières années en a cependant rendu l'instauration difficile. Les préoccupations relatives au développement de services psychiatriques ont récemment convergé vers une question : Clinique spécialisée ou psychiatrie de secteur ? Les enjeux y sont multiples. Les tenants de la première option invoquent principalement la nécessité d'une concentration de ressources pour donner des services de pointe et favoriser l'enseignement et la

recherche. Les défenseurs de la deuxième insistent, eux, sur les avantages de la continuité des soins et d'une équipe intégrée au secteur géographique. Le modèle adapté à Lévis allie l'ensemble de ces caractéristiques.

Les composantes du PSI Premier épisode

Pour cette maladie complexe, où le caractère évolutif est une variable de première importance, la démarche thérapeutique devra répondre essentiellement à une question : « Quelle est la combinaison spécifique d'interventions qui sera la plus utile pour ce patient avec ce type particulier de schizophrénie, à cette phase précise de la maladie ou de la récupération ? » (Fenton et McGlashan, 1997).

Schéma II RESPONSABILITÉS ET ACTIONS DES ÉQUIPES DE SECTEUR DE L'ÉQUIPE PSI PREMIER ÉPISODE

À cette fin, le PSI *Premier épisode* se divise en deux modules, l'un d'évaluation, l'autre de traitement.

Équipe de secteur	Équipe PSI premier épisode
Évaluation diagnostique Évaluation biologique 	Évaluation phénoménologique Évaluation neuropsychologique Évaluation fonctionnelle
RENCONTRE SYNTHÈSE	
Traitement Biologique Intervention familiale (travailleuse sociale) Psychothérapie individuelle	Traitement Psychothérapie de groupe (IPT) Psychoéducation Individuelle Familiale (groupe psychoéducatif) Séminaire de formation en Psychothérapie cognitive pour médecins et infirmières

Module d'évaluation

Avec la collaboration et l'expertise de chacun des professionnels, le premier module permet une évaluation, avec outils standardisés, du patient et de sa famille dès le début du suivi. En conséquence, l'intervention, planifiée conjointement par l'équipe traitante et l'équipe du module d'évaluation, se fait sur des bases rigoureuses tant au plan biologique et psychologique que social. Chaque aspect abordé y a donc une utilité clinique. Voici une description sommaire de chacune des facettes de cette évaluation, coordonnée par l'infirmière du programme.

Évaluation de la symptomatologie psychiatrique

Si, dans la littérature, des efforts importants ont été faits pour définir plus objectivement l'ensemble des symptômes psychotiques, peu de modifications concrètes ont été apportées à notre façon d'évaluer cliniquement cette symptomatologie. Par ailleurs, bien qu'on reconnaisse de plus en plus l'importance des symptômes psychiatriques « non psychotiques » chez ce patient (en particulier en début de maladie), peu d'efforts systématiques soutenus sont présents dans la démarche évaluative habituelle de ces symptômes. Finalement, comme pour toute autre évaluation psychiatrique, celle du patient schizophrène pose le problème de la fiabilité.

À cet égard, l'utilisation du « Present State Examination 9 » (Wing et al., 1974), questionnaire standardisé auquel chaque psychiatre et infirmière du programme a été formé, présente plusieurs avantages. L'ensemble de la symptomatologie psychiatrique est couvert et y est détaillé. La révision des 141 items du questionnaire à la suite de l'entrevue par trois évaluateurs présents assure une meilleure fiabilité des cotations retenues. Cette entrevue, où les aspects plus suggestifs de la phénoménologie sont explorés, jette les bases d'une intervention psychologique individuelle adaptée (Perris et al., 1994).

Pour documenter à l'aide d'une autre source d'information les débuts mais également le mode de présentation et l'évolution de la maladie, un deuxième questionnaire standardisé est utilisé par un psychiatre auprès d'un ou deux répondants familiaux. L'« IRAOS » développé par l'équipe de Maurer et Hafner (1995) dans une forme abrégée et remaniée peut ainsi aider les professionnels à préciser la symptomatologie et à la situer dans une perspective longitudinale. Cette démarche permet, avec la cueillette et la validation des données par une autre source, de commencer ou de renforcer une démarche psychoéducative familiale.

Évaluation neurocognitive

En plus de la symptomatologie psychiatrique classique, la littérature a reconnu depuis plusieurs années que les patients atteints de schizophrénie présentent des déficits neurocognitifs. Actuellement, on y retient le plus souvent une atteinte de l'attention, de la concentration, de la mémoire, des fonctions exécutives et de la capacité d'abstraction. Il y a cependant plusieurs facteurs qui empêchent de supposer d'emblée l'existence d'un déficit particulier chez un patient chez qui ce diagnostic est suspecté. Un de ces facteurs est la définition très large de la schizophrénie qui regroupe plusieurs types de patients. En clinique, ces patients présentent des variations individuelles importantes quant à leur capacité de capter l'information, de l'enregistrer et de l'utiliser dans leurs interactions avec l'environnement.

L'évaluation neuropsychologique a ici deux utilités. La première est de décrire clairement les difficultés et les ressources d'un patient afin d'ajuster l'aide qui lui est apportée. En établissant une marque objective du fonctionnement à l'entrée dans le programme (au début de la maladie), il est possible de reprendre certaines de ces mesures à des moments significatifs afin de mieux apprécier l'évolution de la maladie. En deuxième lieu, le niveau de fonctionnement, l'histoire de la maladie et la symptomatologie étant clairement précisés dans ce groupe pour chaque patient, la mesure cognitive peut être utilisée afin de mieux comprendre les différents groupes de patients inclus dans ce diagnostic. Par exemple, les patients avec hallucinations sont-ils différents de ceux qui ont des délires au niveau des déficits cognitifs ?

L'évaluation est assez exhaustive. Comme on le fait habituellement en neuropsychologie, les fonctions mesurées sont regroupées pour toucher à des aspects spécifiques de la cognition. Cette évaluation comporte des mesures visant à évaluer les fonctions intellectuelles, attentionnelles, exécutives, mnésiques, perceptuelles, motrices, langagières et sensori-perceptuelles. Une description détaillée de cette batterie neuropsychologique dépasse le contexte du présent article. Cependant, à titre d'exemple, voici plusieurs aspects mesurés lors de l'évaluation des fonctions attentionnelles : l'orientation (à l'aide du test d'orientation temporo-spatiale de Benton et al., 1964 ; Benton et al., 1983), l'attention sélective (Annulation de Boston ; Mesulam, 1985), l'attention soutenue (une version modifiée du « Continuous Performance test », Vigil ; Vigil, 1994) et l'attention divisée (Test de traçage de piste B ; Army Individual Test Battery, 1944). Le choix des instruments a été établi à partir de ce qui se fait en clinique et des outils couramment cités dans la littérature (Green, 1996) et qui possèdent de bonnes propriétés psychométriques.

Évaluation du fonctionnement occupationnel

Les ergothérapeutes se préoccupent du rendement occupationnel de la personne dans la réalisation de ses activités (Bonder, 1991 ; Christiansen, 1991). En psychiatrie, la démarche d'évaluation ergothérapique se centre sur les impacts que provoquent les troubles de santé mentale dans le fonctionnement quotidien de la personne (Association canadienne des ergothérapeutes, 1993).

Au PSI Premier épisode, l'analyse de ces impacts fonctionnels s'appuie sur le Modèle de l'Occupation Humaine (Kielhofner, 1995). Selon Hagedorn (1992), ce modèle conceptuel offre deux avantages : il fournit un cadre explicatif du processus de fonctionnement occupationnel de la personne et il permet également de mesurer sa performance dans la réalisation de ses occupations quotidiennes. De plus, il offre aux ergothérapeutes l'occasion de proposer des pistes d'interventions visant à diminuer les déficits fonctionnels (Bonder, 1991).

Le Modèle de l'Occupation Humaine est hiérarchisé et se divise en trois sous-systèmes : la volition, l'habitation et les performances occupationnelles, chacun mesurant des aspects spécifiques du fonctionnement occupationnel de la personne. La volition permet de mesurer : les motivations du patient dans ses activités, les attentes de succès, les valeurs, l'organisation des buts et des intérêts et la perception chez l'individu de la maîtrise de soi et de l'environnement. Quant à l'habitation, elle détermine : le sens des rôles occupationnels, la compréhension des règles sociales, l'organisation et la flexibilité de la routine quotidienne. Finalement, le sous-système des performances occupationnelles évalue les habiletés motrices et opératoires de la personne lors de la réalisation de tâches quotidiennes connues (Kielhofner, 1995).

Dans ce projet, l'outil d'évaluation est, pour la volition et l'habitation, le « Assessment of Occupational Functioning » (AOF); et l'« Activity Configuration » identifie comment la personne comble et gère sa routine quotidienne (Christiansen, 1991 ; Kielhofner, 1995 ; Mosey, 1986).

Les performances occupationnelles, troisième sous-système du modèle, sont documentées par une approche unique, le AMPS ou « Assessment Motor and Process Skills » (Kielhofner, 1995 ; Christiansen, 1991). Cette évaluation mesure simultanément l'impact des habiletés motrices et des habiletés opératoires lors de la réalisation de tâches quotidiennes familières (Fisher, 1995 ; Pan, 1994). Ses résultats, sur une échelle hiérarchisée et pondérée, permettent de porter un jugement clinique sur la capacité de la personne à fonctionner dans la commu-

nauté de façon efficace, efficiente, sécuritaire et indépendante (Fisher, 1995).

Ces trois outils d'évaluation permettent d'obtenir une image précise et détaillée du mode de fonctionnement occupationnel de la personne et ils situent l'impact de la maladie mentale sur la réalisation de ses activités courantes (Christiansen, 1991).

Évaluation familiale

Afin de préciser dès le départ les éléments principaux de la dynamique familiale, mais également les aspects touchant au fardeau familial, aux différents rôles occupés à l'intérieur du système, de même que l'importance des agents stressants associés à la maladie et à l'environnement, une entrevue clinique non standardisée est réalisée par la travailleuse sociale de l'équipe traitante. Cette approche permet aussi d'établir ou de consolider un lien avec une intervenante qui reste en contact avec le patient.

Rencontre synthèse

Une fois l'évaluation complétée, une rencontre synthèse à laquelle participent les professionnels du PSI – Premier épisode et les membres de l'équipe traitante impliqués directement auprès du patient, permet d'établir un plan de traitement avec des recommandations spécifiques qui incluent certaines (ou l'ensemble) des modalités décrites ci-après. Le processus d'évaluation et la rencontre synthèse sont coordonnés par l'infirmière du programme.

Module de traitement

Thomas McGlashan (1994), qui a étudié de façon longitudinale une cohorte de patients, a défini des éléments essentiels de la relation thérapeutique dans le traitement de la schizophrénie : éléments de support, d'introspection, de psychoéducation et de continuité.

Dans notre milieu, une enquête réalisée auprès de la clientèle du département (Lapierre, 1995) cerne la qualité de la relation qui a été établie comme « la clé maîtresse » et recommande de bâtir une relation constante avec le moins de changements possible. Comme on l'a précisé précédemment, la continuité est l'une des caractéristiques des soins dispensés au département, et l'addition du PSI-Premier épisode permet le maintien d'une telle continuité tout en répondant aux besoins spécifiques précisés par l'évaluation.

Intervention psychothérapeutique individuelle

Le programme privilégie l'approche cognitivo-comportementale. La spécification de l'ensemble des théories et des modalités dépassant le cadre du présent article, nous référons le lecteur à différentes publications (Fowler, 1997; Chambon et Marie Cardine, 1994; Abdel-Baki et Nicole, 1999).

Figure 1
Focus sur les schèmes cognitifs centraux

Approches molaires métacognitives



Approches moléculaires

Modification et restructuration des schèmes dysfonctionnels de soi et des autres

Réhabilitation cognitive et promotion de la compétence interpersonnelle

Modification et réduction des expériences hallucinatoires et délirantes

Détection et correction des déficits cognitifs de base

Focus sur les événements cognitifs de base et sur le processus de la pensée (Fig.1. Psychothérapies cognitives pour les patients atteints de schizophrénie (Adapté de Perris et Skagerlind, 1994)

Cette approche peut se diviser en trois grandes catégories, selon le focus établi par l'évaluation. L'une d'elles vise un travail sur les processus de la pensée; c'est principalement par un travail de groupe (voir ci-après) que ces aspects sont abordés au moyen de l'IPT.

Certaines thérapies visent en particulier à diminuer l'intensité et la sévérité de la symptomatologie psychotique (délires, hallucinations) ou la détresse, l'anxiété et la dépression qui y sont reliées. Elles abordent les événements cognitifs et tentent de modifier le contenu dysfonctionnel de la pensée ou la réponse affective ou comportementale apportée au contenu de la pensée.

Finalement, d'autres mettent l'accent sur un travail psychothérapeutique au niveau des schèmes cognitifs sur l'image et l'estime de soi en rapport avec l'expérience psychotique. Ce travail au niveau de l'identité vise à diminuer la vulnérabilité personnelle au stress et à acquérir une meilleure capacité de gestion des émotions. Par la modification et la

restructuration des dysfonctions des schèmes du soi et de l'environnement, elles facilitent l'acquisition de stratégies cognitives plus adaptées et généralisables.

Le thérapeute demeure l'infirmière ou le psychiatre de l'équipe traitante. La formation se fait sous la forme d'un séminaire hebdomadaire auquel participent des infirmières, médecins et résidents de différentes équipes traitantes. Le contenu comprend la révision de textes, la discussion et le suivi d'un cas clinique pour chacun des participants. Une psychologue clinicienne (PhD) spécialisée dans les approches cognitivo-comportementales collabore à cette activité de formation qui permet, tout en préservant la continuité de soins assumée par l'équipe traitante, d'optimiser le niveau de connaissances spécifiques des membres de ces équipes.

De plus, chacun des thérapeutes impliqués a reçu une formation spécifique, durant l'automne 98, dispensée par David Fowler (1997). Cet atelier a permis une intégration des notions étudiées lors de la portion théorique du séminaire et préparait à la portion plus clinique qui est en cours.

Intervention de groupe (4 À 7 patients)

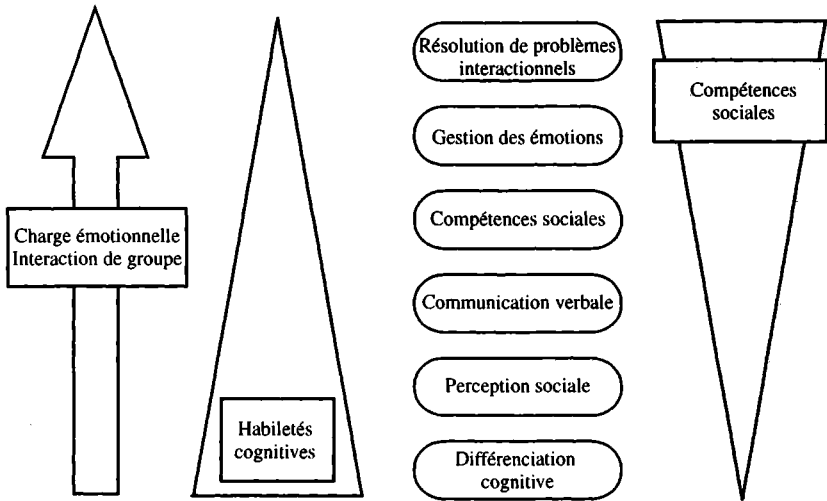
D'orientation cognitivo-comportementale, le programme intégratif de thérapie psychologique (IPT) de Brenner (1994), vise plus spécifiquement les troubles de base du dysfonctionnement cognitif mais également les problèmes de gestion des émotions et de compétence sociale du patient atteint de schizophrénie. L'IPT inclut six sous-programmes différents qui comportent chacun une série d'exercices structurés. À travers ces sous-programmes qui entraînent une spécification de la tâche, un rapprochement de la situation in vivo s'effectue. Il est à noter que l'ensemble du personnel impliqué auprès de la clientèle du programme a reçu la formation préalable donnée par deux membres de l'équipe de Brenner.

Les rencontres du groupe sont co-animées par un ergothérapeute et un éducateur qui ont tous deux une solide expérience clinique avec des groupes de patients psychotiques. Un résident en psychiatrie participe à l'activité qui se tient deux fois la semaine; chaque séance dure une heure et demie; et l'activité s'échelonne sur huit mois.

Un accent particulier est mis sur l'intégration au travail. La liaison avec un travailleur social spécialisé dans ce domaine, qui assiste le patient dans la recherche et le maintien de l'emploi, est établie par l'intermédiaire du groupe.

Figure 2

Fig.2. Représentation schématique du programme IPT (adapté de Brenner et al., 1990)



Intervention psychoéducatrice individuelle

Se basant essentiellement sur le contenu des modules de Lieberman (1989), les infirmières du département ont élaboré trois cassettes vidéo. L'une traite de la maladie et les deux autres, des antipsychotiques (indications, effets indésirables). Cet enseignement est donné au patient dans le cadre d'une rencontre individuelle avec l'infirmière de l'équipe traitante. Précisons encore une fois que la sélection du matériel psychoéducatif présenté repose sur l'évaluation complète réalisée par l'équipe du programme, après discussion avec l'équipe traitante.

Approche psychoéducatrice : groupe famille

Anderson et al. (1980) proposent une approche psychoéducative de la famille du patient schizophrène. C'est à partir de ce modèle que les modalités d'application suivantes ont été élaborées pour chacun des groupes de parents. L'objectif général est de permettre à la famille de jouer un rôle actif dans le traitement et l'évolution de la maladie.

Quatre rencontres hebdomadaires, de deux heures chacune, regroupent entre dix et quinze membres de familles aux prises avec la schizophrénie chez un proche. (L'animation est faite par deux travailleuses sociales du département de psychiatrie.) Le contenu peut en

être résumé comme suit. La première rencontre a pour but de fournir de l'information sur la schizophrénie. La deuxième, animée par un médecin psychiatre, vise à donner un exposé d'ordre médical sur la maladie. À la troisième rencontre, les réactions des diverses familles à la maladie sont analysées et discutées. La quatrième et dernière rencontre consiste à fournir des informations pratiques sur les ressources disponibles dans le milieu. Une évaluation de l'ensemble des rencontres est effectuée avec tous les participants. Il est important que l'implication des parents au groupe psychoéducatif et des patients au groupe IPT soit coordonnée à peu près à la même période, afin de favoriser entre les membres de la famille des échanges sur la maladie.

Les travailleuses sociales des équipes traitantes effectuent par la suite un retour sur les connaissances acquises lors des quatre rencontres de groupe. Sont ensuite déterminées les stratégies d'action permettant de mieux s'adapter aux problèmes identifiés.

Développement et recherche évaluative

Afin d'assurer une meilleure efficacité à son action, le PSI intègre une dimension de recherche. L'organisation des données recueillies lors de l'évaluation et une mesure de l'évolution (clinique et sociale) 18 et 36 mois après l'entrée dans le programme permettent une étude descriptive de la population.

Prévention

Au delà des services de traitement que dispense actuellement le programme, des aspects de prévention secondaire pourraient, dans le futur, être ajoutés.

Des démarches de sensibilisation par des activités de formation ont déjà été dispensées aux équipes de santé mentale des CLSC pour leur expliquer le programme. Par ailleurs, la majorité des médecins de famille pratiquant dans des cliniques privées ont été rencontrés lors d'une série de conférence de formation médicale continue, portant sur les signes précoces de la schizophrénie.

Conclusion

Le PSI-Premier épisode réussit essentiellement à fournir un complément aux soins déjà offerts aux patients schizophrènes (premier épisode) et à leur famille. Il est évident qu'au delà de ces effets à court terme, cette structure favorise le maintien et le développement d'une compétence multidisciplinaire face à cette pathologie qui, si elle n'est

pas traitée tôt avec toute l'expertise requise, entraîne des conséquences individuelles et sociales souvent désastreuses. S'il importe que la recherche soit active pour assurer un meilleur traitement d'une maladie comme la schizophrénie, il est tout aussi important que l'intégration du fruit de ces recherches soit une préoccupation constante dans l'esprit des cliniciens et des gestionnaires : le PSI Premier épisode est un pas dans cette direction.

RÉFÉRENCES

- ABDEL-BAKI, A., Nicole, L., 1999, *Schizophrénie et psychothérapies cognitivo-comportementales*, Soumis pour publication.
- ARMY INDIVIDUAL TEST BATTERY, 1944, *Manual of Directions and Scoring*, Washington, DC, War Department, Adjutant General's Office.
- ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHÉRAPEUTES, 1993, *Lignes directrices pour une pratique en santé mentale de l'ergothérapie centrée sur le client*, Toronto, CA, CAOT Publications ACE.
- BEISER, M., ERICKSON, D., FLEMING, J.A.E., et al., 1993, Establishing the onset of psychotic illness, *American Journal of Psychiatry*, 150, 1349-1354.
- BENTON, A. L., VAN ALLEN, M.W., FOGEL, M.L., 1964, Temporal orientation in cerebral disease, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 139, 110-119.
- BENTON, A. L., HAMSHER, K., VARNEY, N.R., SPREEN, O., 1983, *Contributions to Neuropsychological Assessment*, New York, Oxford University Press.
- BONDER, B.R., 1991, *Psychopathology and Function*, Thorofare, NJ, Slack inc.
- BRENNER, HD., RODER, V., HODEL, B., KIENZLE, N., REED, D., LIBERMAN, R.P., 1994, *Integrated Psychological Therapy for Schizophrenic Patients*, Huber.
- CHAMBON, O., MARIE-CARDINE, M., 1994, *Psychothérapie cognitive des psychoses chroniques*, Masson.
- CHRISTIANSEN, C., BAUM, C., 1991, *Occupational Therapy : Overcoming Human Deficits*, Thorofare, NY, Slack inc.
- CIOMPI, L., 1980, The natural history of Schizophrenia in the long term, *British Journal of Psychiatry*, 136, 413-420.
- FALLOON, I.R.H., 1992, Early intervention for first episodes of schizophrenia : A preliminary exploration, *Psychiatry*, 55, 4-15.
- FENTON, W., MCGLASHAN, T., 1997, We can talk: Individual psychotherapy for schizophrenia, *American Journal of Psychiatry*, 154, 11, November, 1493-1495.

- FISHER, A.G., 1995, *Assessment of Motor and Process Skills*, (rev. ed.), Fort Collins, Three Star Press.
- FOWLER, D., GARETY, P., KNIPERS, E., 1995, *Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis Theory and Practice*, John Wiley and Sons.
- GREEN, M.F., 1996, What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia?, *American Journal of Psychiatry*, 153, 321-330.
- HAGERDORN, R., 1992, *Occupational Therapy : Foundation for Practice, Models, Frames or Reference and Care Skills*, New-York, NY, Churchill Livingstone.
- HARDING, C., 1988, Course types in schizophrenia : An analysis of European and American Studies, *Schizophrenia Bulletin*, 633-643.
- JOHNSTONE, E.C., CROW, T.J., JOHNSON, A.L., 1986, The Northwick Park Study of first episode schizophrenia : I. Presentation of the illness and problems relating to admission, *British Journal of Psychiatry*, 148, 115-120.
- KIELHOFNER, G., 1995, *A Model of Human Occupation : Theory and Application*, second edition, Baltimore, MD, Williams and Wilkins.
- LIBERMAN, R.P., and associates, 1989, *Modules for Training Social and Independent Living Skills*, (trainer's manual, Patients work book, Demonstration video), Psychiatric rehabilitation consultants, Camarillo, UCLA, Research Center.
- MAWRER, K., HÄFNER, H., 1995, Methodological aspects of onset assessment in schizophrenia, *Schizophrenia Research*, 15, 265-267.
- MCGLASHA, T., 1994, What has become of the psychotherapy of Schizophrenia? *Acta Psychiatrica Scandinava*, 90, (suppe 384), 147-152.
- MESULAM, M.-M., 1985, *Principles of Behavioral Neurology*, Philadelphia, F.A. Davis, Vigil, 1994, *User's Manual and Reference Guide*, Nashua, New Hampshire : ForThought Ltd.
- MOSEY, A.C., 1986, *Psychosocial Components of Occupational Therapy*, New-York, NY : Raven Press.
- PAN, A., FISHER, A.G., 1994, The assessment of motor and process skills of persons with psychiatric disorder, *The American Journal of Occupational Therapy*, 48, 775-780.
- PERRIS, C., SKAGERLIND, L., 1994, Cognitive therapy with schizophrenic patients, *Acta Psychiatrica Scandaniva*, 89, (suppl. 382), 65-70.

WING, JK, COOPER, J.E., SARTORIUS, N., 1974, *The Measurement of Classification of Psychiatric Symptoms. An Instruction manual for the PSE and Catego Program*, Cambridge University Press.

WYATT, R.J., 1991, Neuroleptics and the natural course of schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 17, 325-351.

ABSTRACT

Schizophrenia, special approach and continuity of care — The First Episode program of Hotel-Dieu Hospital in Lévis, Québec

Schizophrenia is a complex illness with an evolutive character. Based on a conceptual framework of cognitive orientation, the specific intervention program *First Episode* of Hôtel-Dieu in Lévis includes a complete and standardized assessment to an individualized and family plan. Different methods of treatment according to an individualized approach (psycho-education, psychotherapy) as well as group therapy (psychological intervention at the cognitive level or Brenner's *Integrated psychological therapy*) are then proposed. Psycho-education intervention for families is also offered. Structures and different steps described here, harmonize with those already in place before the program's creation thus offering a continuity in care. The underlying conceptual framework and the different methods of functioning of the program are also presented.

RESUMEN

La esquizofrenia : enfoque especializado y continuidad de tratamiento : El programa Primer episodio del hospital l'Hôtel-Dieu de Lévis

La esquizofrenia es una enfermedad compleja de carácter evolutivo. El programa específico de intervención *Primer episodio* de Hôtel-Dieu de Lévis que reposa en un marco conceptual de orientación cognoscitiva, ofrece una evaluación completa y estandarizada a nivel individual y familiar. Además se ofrecen diferentes modalidades de tratamiento, según un enfoque individual (psicoeducación, psicoterapia) y de grupo (intervención psicológica a nivel cognoscitivo o *Integrated psychological therapy*, de Brenner). Igualmente se le ofrece a las familias, la Intervención psicoeducativa familiar. Las estructuras y los pasos a seguir que se describen se armonizan a las que ya existían antes de la creación del programa, lo que ofrece una continuidad de tratamiento. Son presentados, el marco conceptual subyacente y las modalidades del funcionamiento del programa.